



Presentato a Roma il V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Tumori, servizi sbilanciati

Cure domiciliari e riabilitazione le cenerentole - Spending: sfida o rischio?

La mappa dell'oncologia italiana va ripensata, approfittando dell'occasione, di certo non cercata, della spending review: i servizi in senso stretto sono soddisfacenti, ma il territorio è ancora debole, l'assistenza domiciliare è drammaticamente carente, la riabilitazione è garantita soltanto nel 50% delle strutture e le disuguaglianze regionali possono realmente segnare il destino dei pazienti. Molto meglio, invece, sul fronte delle cure palliative, segno che la terapia del dolore è entrata nella "cultura" del Paese.

Sono tanti e diversi gli spunti che arrivano dal V Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, presentato il 16 maggio al Senato, promosso da Favo, la Federazione delle associazioni di volontariato oncologico (che quest'anno celebra il decennale: si veda l'intervento sotto), in collaborazione con una rete sempre più ampia di partner, istituzionali e non: Aiom, Inps, Federsanità Anci, Fimmig, Sico, Sipo e Censis.

Servizi da riorganizzare. Nella metà degli ospedali italiani mancano i servizi di riabilitazione, fondamentali per la qualità di vita dei malati di tumore. Quando presenti, risultano disponibili quasi esclusivamente per la sola riabilitazione fisica delle donne operate per carcinoma mammario. Drammatica per le differenze regionali la situazione dell'assistenza domiciliare: si va dai 153 casi per 100mila abitanti in Toscana ai 91 nel Lazio fino ai 34,6 in Emilia Romagna. Sempre disomogenea la distribuzione dei centri di radioterapia: dei 184 totali, 83 sono al

I numeri			
2,2 milioni di italiani che hanno avuto nella loro vita una diagnosi di tumore	7 posti letto in hospice in Calabria, contro i 598 della Lombardia	50 centri di radioterapia oncologica al Sud, contro gli 83 del Nord	5 le Regioni che usano il fascicolo sanitario elettronico
50% la percentuale di strutture che non hanno la riabilitazione oncologica	85% la quota di strutture che offrono ai pazienti la terapia del dolore	34% i casi per 100mila abitanti curati a casa in Emilia Romagna (153 in Toscana)	33% la percentuale di oncologie senza spazi informativi sui servizi e i diritti

INDAGINE CENSIS

Senza paracadute le donne colpite da cancro al seno

La discriminazione sul lavoro delle donne colpite da cancro al seno è tripla: in quanto donne, appunto, in quanto madri e in quanto malate. Fa riflettere l'indagine sulle 429 pazienti con tumore alla mammella che hanno partecipato allo studio sui pazienti oncologici realizzata lo scorso anno dalla Fondazione Censis, che ha coinvolto complessivamente oltre mille pazienti oncologici stimando i costi sociali della patologia.

I dati sulle donne sono stati analizzati e inseriti nel Rapporto 2013 sulle condizioni dei malati oncologici: il 58,5% ha tra i 40 e i 59 anni e il 48%, al momento della diagnosi, lavorava. Quasi il 26% dice di non avere un caregiver (contro appena l'11,2% degli altri malati). Dopo la scoperta della malattia, i problemi maggiori hanno riguardato il piano psicologico (40%), il disbrigo delle pratiche quotidiane (37,1%), la famiglia (24,7%) e il lavoro (22%). In linea con gli altri malati di tumore, la ripresa della propria vita "normale" richiede in media più di otto mesi.

Un impatto forte, segnato da problemi di sonno, depressione, dolori e distur-

L'impatto della malattia sul rapporto di lavoro (valori %)			
Il rapporto di lavoro dipendente o autonomo che aveva prima dell'insorgenza della patologia è attualmente	Pazienti con tumore alla mammella	Altri pazienti	Totale
Ancora in essere, con tutto il reddito	53,1	43,3	47,9
Ancora in essere, ma viene erogata solo una parte del reddito	13,3	12,7	13,0
Ancora in essere, ma non viene erogato alcun reddito	3,5	1,9	2,7
Ha fatto richiesta per la pensione	10,5	18,5	14,7
Si è interrotto	19,6	23,6	21,7
Totale	100,0	100,0	100,0

Fonte: indagini Censis su dati Favo-Censis, 2012

bi fisici e difficoltà. E anche discriminazioni: il 3,4% è stato licenziato (contro l'1,2% degli altri malati di tumore), il 6,2% (stavolta di gran lunga inferiore agli altri, 13,6%) ha dovuto dare le dimissioni, cessare l'attività commerciale, professionale o artigianale. Oltre il 42% è stato costretto a fare assenze associate alla patologia e alla cura (è il 32,1% tra gli altri malati), il 33,1% rileva che si è ridot-

to il suo rendimento suo malgrado (il 29% tra gli altri malati oncologici), il 16% circa ha dovuto mettere da parte propositi di carriera (il 6,2% tra gli altri malati oncologici), e quasi il 12% ha dovuto chiedere il part-time o altre modalità di lavoro flessibile o di riduzione dell'orario (rispetto al 4,3% degli altri pazienti).

Lo stigma pesa, insomma, e sulle donne ancora di più.

Nord, 51 al Centro e 50 al Sud. E i 361 Linac (acceleratori lineari) sono ben al di sotto degli standard europei: in media 6,1 per 1 milione di abitanti (quella attesa dalla Ue è compresa fra 7 e 8). Migliorano invece i servizi di terapia del dolore, presenti nell'85% delle realtà contro il 72% del 2006.

«La maggior disponibilità dei servizi - sottolinea **Francesco De Lorenzo**, presidente Favo - è però ancora lontana dal garantire a tutti i pazienti oncologici una vera presa in carico globale e un percorso coordinato, per ottimizzare la qualità della vita». Ancora carente, peraltro, l'attenzione alla comunicazione e all'informazione ai malati sui servizi e i diritti.

Non solo chemio. Continuità dell'assistenza e qualità della vita sono diventate cruciali, alla luce dei numeri: sono 2,25 milioni gli italiani che vivono avendo avuto una diagnosi di tumore e 364mila i nuovi casi registrati nel 2012. «Negli ultimi anni - sottolinea **Stefano Cascinu**, presidente degli oncologi Aiom - un numero consistente di studi ha dimostrato l'utilità di associare in modo sistematico alle terapie antitumorali il trattamento dei sintomi causati dal cancro».

La sfida delle "cure simultanee" è però ancora tutta da raccogliere, nonostante fosse prevista nel Piano oncologico nazionale 2010-2012. E la spending review incombe. «No» ai tagli lineari, dice il mondo dell'oncologia. Ma un nuovo modello di assistenza per i malati di cancro è possibile.

Manuela Perrone

Sanità

DECENNALE FAVO

«Da dieci anni in prima linea per i diritti»

Sono passati dieci anni dalla prima edizione del libretto su «I diritti del malato di cancro» pubblicata dall'Associazione italiana malati di cancro (Aimac) che fu presentata, su queste pagine (si veda *Il Sole-24 Ore Sanità* 18-24 novembre 2003), come l'abc dei diritti dei malati, quasi a voler sottolineare la rilevanza fondamentale dell'essere consapevoli dei propri diritti per poterli esercitare. La pubblicazione di Aimac è stata un'innovazione importante per la vita dei malati oncologici e dei loro familiari, poiché per la prima volta nel nostro Paese si poneva attenzione agli aspetti socio-economici della malattia colmando il gap informativo esistente.

In questo decennio molte cose sono cambiate per i malati di cancro: per varie patologie oncologiche la ricerca scientifica e la medicina hanno modificato il corso della malattia fino a raggiungere traguardi prima insperati di completa guarigione o di cronicizzazione per molti anni. La vita dopo il cancro è sempre più spesso realtà possibile e non più speranza virtuale. Di conseguenza, anche i bisogni extra-sanitari dei malati e delle loro famiglie sono cambiati e chiedono risposte forti e concrete sul piano sociale, economico e lavorativo. Le necessità di cura e assistenza del malato di cancro non si esauriscono con i trattamenti terapeutici di vitale importanza. La condizione di fragilità determinata dalla patologia comporta partico-

ri esigenze di tipo sociale ed economico ed è per questo che l'ordinamento prevede tutele giuridiche e provvidenze economiche che consentono al malato e alla sua famiglia di continuare a vivere dignitosamente, nonostante la malattia e le terapie. Affinché le leggi non rimangano inattuato, è necessario che siano innanzitutto i malati a conoscere quali sono i diritti riconosciuti e garantiti loro a livello nazionale e locale, sia come particolare categoria di malati sia, genericamente, come persone riconosciute invalide e portatrici di handicap.

Fin dalla sua prima edizione, questo libretto è diventato un punto di riferimento non solo per i malati, ma anche per tutti coloro che se ne prendono cura a vario titolo. Nel tempo, il contenuto è stato arricchito, integrato e aggiornato ogni anno nell'ambito di una strategia di tutela dei diritti dei malati oncologici, che Aimac ha svolto con costanza e tenacia, contribuendo a cambiare la sensibilità culturale collettiva e individuale verso il cancro e i malati, troppo spesso disabili invisibili e scomodi.

Nel corso degli anni Aimac ha portato avanti la sua attività di promozione di nuovi diritti dei malati oncologici a fronte dei nuovi bisogni espressi dalle persone colpite da neoplasie, svolgendo un'azione di pressione su Governo e Parlamento, interagendo in particolare



con il Sottosegretario del ministero del Lavoro e delle politiche sociali, Maurizio Sacconi. Un primo risultato di tale sinergia è stato l'inserimento, nella riforma del mercato del lavoro (Legge Biagi), della norma che riconosce al malato che lavora il diritto di passare dal tempo pieno al tempo parziale per potersi curare con maggiore agio, per poi riprendere il normale orario di lavoro. Nel 2006 Aimac, insieme alla Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo) ha ottenuto l'inserimento, nella legge 80/2006 (riordino della Pubblica amministrazione), della norma che ha ridotto da un anno a 15 giorni il tempo necessario all'accertamento dell'invalidità e dell'handicap causati dalla malattia oncologica, consentendo ai malati di accedere in tempi rapidi ai benefici economici e previdenziali erogati dall'Inps e ai con-

gedi lavorativi previsti in caso di handicap grave. La nuova norma aiuta i malati ad affrontare le situazioni di disagio permanenti o temporanee, poiché in entrambi i casi l'erogazione tempestiva delle previdenze economiche oppure la fruizione dei congedi dal lavoro risultano di grande beneficio per affrontare l'emergenza.

Dal 2007 Aimac ha stretto un importante rapporto di collaborazione con l'Inps che, oltre a sostenere la Giornata nazionale del malato oncologico promossa da Favo e a elaborare congiuntamente ad Aimac nuove prospettive di tutela dei malati oncologici nell'ambito delle prestazioni assistenziali e previdenziali, ha rivisto e convalidato le successive edizioni del libretto.

Sulla base delle istanze di Aimac e del volontariato oncologico italiano rappresentato da Favo, che segnalavano gravi disparità territoriali per il riconoscimento della disabilità oncologica, dal 1° gennaio 2010 opera la riforma della procedura di accertamento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità introdotta dall'art. 20 del "decreto anti-crisi" (Dl n. 78 del 1° luglio 2009 convertito con la legge 102/2009). Aimac ha partecipato attivamente al tavolo di lavoro istituito dalla Consigliera nazionale di parità del ministero del Lavoro e delle politiche sociali con i sindacati al

fine di diffondere una maggiore conoscenza dei diritti dei malati oncologici per la tutela del posto di lavoro, che nel 2012 ha pubblicato una brochure frutto del lavoro congiunto di Aimac, Favo e delle principali organizzazioni sindacali dei lavoratori (Cgil, Cisl, Uil, Ugl, Conf-sal) con il coordinamento della Consigliera di parità per diffondere la conoscenza delle tutele dei diritti dei lavoratori malati o disabili.

Nella nuova edizione (la decima) del libretto di Aimac «I diritti del malato di cancro», pubblicata in questi giorni, oltre agli aggiornamenti resi necessari dalle innovazioni normative e procedurali, è stata ampliata la parte relativa agli strumenti di tutela del posto di lavoro.

L'ottenimento di nuove norme a tutela dei malati oncologici, la collaborazione propositiva con le istituzioni nell'individuare criticità e suggerire soluzioni, l'incessante lavoro di diffusione dell'informazione dei diritti dei malati e dei loro familiari nel rispetto della dignità della persona sofferente e in condizione di fragilità a causa della malattia dimostrano che la passione e la competenza del volontariato dei pazienti può contribuire al cambiamento per un mondo migliore.

Elisabetta Iannelli
Vicepresidente Aimac

Cancro al fegato, nuovo vaccino dal «Pascale»

In laboratorio

L'Ue finanzia un progetto di ricerca 6 milioni di euro contro un big-killer
Pedicini: un premio all'eccellenza

Marisa La Penna

È la terza causa di morte per cancro negli uomini. E la quinta per le donne. Parliamo del carcinoma epatocellulare, tumore-killer del fegato, seicento casi diagnosticati ogni anno in Campania (che detiene il triste primato delle epatiti, causa scatenante di questo tipo di cancro). Il «Pascale» tenterà di sconfiggerlo. Con un vaccino terapeutico per la cui realizzazione ha vinto un finanziamento europeo di 6 milioni di euro.

Destinatario del riconoscimento - che prende il nome di "Cancer vaccine development for hepatocellular carcinoma" - è Luigi Buonaguro, dirigente medico dell'Unità di Biologia Molecolare ed Oncogenesi Virale dell'Istituto Nazionale Tumori di Napoli. Il progetto avrà la durata di 5 anni ed ha lo scopo, appunto, di sviluppare un vaccino terapeutico per il carcinoma epatocellulare che è il tumore maligno primitivo del fegato più comune e che rappresenta il 6% di tutti i nuovi casi di cancro diagnosticati nel mondo. Nella seconda parte del progetto è previsto un trial clinico coordinato dal Francesco Izzo, direttore di Chirurgia Oncologica addominale ad indirizzo epatobiliare.

I tassi di incidenza del carcinoma epatocellulare negli uomini europei è di otto

casi ogni 100mila abitanti, con un picco nel Sud Europa del 10,5 per 100mila. La prognosi è infausta, con un tasso di sopravvivenza a 5 anni di circa il 5-6%.

I principali fattori di rischio per questo tipo di tumore, come detto, sono le infezioni croniche indotte dalle epatiti B e C. Si stima che nel mondo ci siano circa 500 milioni di soggetti affetti da infezione cronica da B e circa 170 milioni affetti da infezione cronica da C. Circa il 5-10% di tali soggetti sono destinati a sviluppare nel tempo (20-30 anni) il carcinoma epatocellulare. A tal proposito, la vaccinazione preventiva per l'epatite B è uno strumento validissimo per evitare le nuove infezioni, e quindi lo sviluppo di carcinoma, nelle giovani generazioni, ma non ha alcun effetto sui soggetti già infetti. Per l'epatite C un vaccino preventivo, purtroppo, non è ancora stato sviluppato. «La maggior parte dei pazienti arriva all'osservazione ad uno stadio della malattia che preclude approcci chirurgici e può essere trattata solo con terapie loco-regionali. In tali casi, però, i benefici di sopravvivenza si osservano solo nel 10 al 30% dei casi, mentre le recidive si verificano entro i primi due anni» ha spiegato il dottor Buonaguro.

«Questo risultato - ha dichiarato, con soddisfazione, il direttore generale del Pascale, Tonino Pedicini - rappresenta un notevole riconoscimento alle professionalità di ricerca sperimentale e clinica del nostro Istituto. I nostri ricercatori si propongono ancora una volta ai massimi livelli della ricerca internazionale per le strategie immunoterapeutiche e vaccinali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Paura del cancro, si fa togliere la prostata. Il chirurgo: "Un intervento giustificato"

Il manager londinese, 53 anni, aveva scoperto di avere un gene che aumenta il rischio di contrarre la malattia. Dopo l'operazione un esame ha rivelato la presenza di cellule cancerogene. La settimana scorsa l'annuncio di Angelina Jolie: "Mi sono fatta asportare i seni per prevenire tumore"

Lo leggo dopo



LONDRA - Dopo il clamoroso caso di Angelina Jolie ora è un uomo a far discutere. Un manager di Londra di 53 anni è il primo al mondo che si è fatto togliere la prostata, benché sana, quando ha scoperto, dopo essersi sottoposto a uno studio dell'Istituto inglese per la ricerca sul cancro, di avere un gene che aumenta il rischio cancro, detto 'Brca 2'. Secondo quanto scrive il Sunday Times l'uomo d'affari ha una storia familiare di tumori al seno e alla prostata.

Il chirurgo Roger Kirby ha detto che la presenza del gene ha giustificato l'intervento. Inoltre, alcune indagini sui tessuti prelevati dal paziente avevano individuato alcune mutazioni maligne che in futuro avrebbero potuto generare la malattia. La sorpresa dopo l'operazione: un esame molto approfondito ha rivelato anche la presenza di cellule cancerogene.

"Ora il paziente starà bene", ha affermato Kirby. Resta, comunque, aperto il dibattito dei medici su questa chirurgia preventiva per evitare eventuali tumori. Secondo il professor Pierfrancesco Bassi, professore ordinario di urologia all'università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, la presenza di un'anomalia genetica non rappresenta la certezza assoluta di sviluppare il tumore della prostata. Per Bassi, la scelta dell'uomo di affari inglese non può essere un percorso condivisibile anche se "un recente studio inglese dimostra come la presenza del gene Brca 2 nel maschio aumenti il rischio relativo di sviluppare il tumore di 9 volte circa rispetto alla popolazione normale".

Una scelta "incomprensibile e non condivisibile dal punto di vista scientifico" anche per il genetista Edoardo Boncinelli dell'Istituto San Raffaele di Milano. Il rischio di questo tipo di tumori è in aumento ma al contempo scende la mortalità. Un uomo su sedici in Italia sviluppa un tumore alla prostata. Il numero di nuovi casi è in continua crescita, con un raddoppio negli ultimi dieci anni dovuto soprattutto all'aumento dell'età media della popolazione. Ma questo tipo di tumore non è fra i big-killer, e in media oltre il 70% dei malati sopravvive dopo i 5 anni dalla diagnosi.

I geni Brca1 e Brca2 sono da tempo collegati a una forma molto aggressiva di cancro al seno e la settimana scorsa Angelina Jolie, positiva al gene Brca1, ha annunciato di essersi sottoposta a una duplice mastectomia per ridurre la probabilità di ammalarsi di cancro al seno (**VIDEO**). Una ricerca pubblicata un mese fa ha collegato il gene a una forma rapida e letale di cancro alla prostata.

(19 maggio 2013)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Farmaci

*Boom del mercato
illegale online
Divieti e rischi
ma cresce l'acquisto*

BIROLINI A PAGINA 10

LE INCHIESTE DI AVVENIRE

Farmaci online illegali ma la domanda cresce

Il 41% di chi compra ignora i divieti e sfida i pericoli

Università di Trento, Interpol, Aifa e Cattolica di Milano, hanno avviato il progetto «Fake Care» per contrastare l'enorme traffico che corre anche sui social network

DA MILANO MARCO BIROLINI

«I siti che vendono farmaci online sono tradotti sempre più spesso in italiano: segno che anche nel nostro Paese la domanda sta aumentando». L'allarme arriva dagli "007" di eCrime, il centro di ricerca dell'Università di Trento che da alcuni mesi (assieme a Interpol, Aifa e Cattolica di Milano) ha avviato Fake Care, un progetto di monitoraggio, finalizzato al contrasto dell'enorme traffico di medicine contraffatte che corre sul web. «In Italia la vendita in rete è di fatto vietata, ma il 41% delle persone non lo sa - spiega Gabriele Baratto, uno dei ricercatori di eCrime -. Così, capita di finire su un sito e comprare i prodotti, senza sapere che si tratta di una vendita illegale e pericolosa. Nessuno infatti garantisce sul contenuto. Un anno fa, una giovane pugliese morì dopo aver assunto una sostanza acquistata sul web dal centro medico dove doveva sottoporsi a un banale test di intolleranze alimentari. Anziché sorbitolo, la paziente ingerì nitrito di sodio, altamente tossico per l'uomo. «Non è un caso isolato - avverte Baratto -, perché in tutta Europa sono stati segnalati episodi altrettanto gravi. In Inghilterra diverse persone sono morte

dopo l'assunzione di dinitrofenolo, una sostanza usata come dimagrante ma del tutto illegale per la sua pericolosità. Ormai la vendono anche su Facebook».

I social network sono l'ultima frontiera degli spacciatori di farmaci, che utilizzano tecniche sempre più sofisticate per ingannare l'ignaro acquirente. «Molti siti sembrano appartenere a società inglesi, dove la vendita online dei medicinali è consentita - sottolinea Andrea Cauduro, vice direttore del progetto Fake Care -. Ma dietro la facciata ci sono fantomatiche società russe o cinesi, che fingono di spedire i prodotti da un Paese Ue. La mancanza del principio attivo è il male minore». L'ultima tendenza è acquistare integratori a base erboristica, alternativi ai farmaci, di dubbia composizione ed efficacia, oppure anoressizzanti e antidepressivi. Le organizzazioni criminali che tirano i fili del traffico hanno fiutato da tempo il business.

Sui siti si trova di tutto. Un discount online in italiano (aperto da una società con sede a Mauritius), oltre ai ricercati prodotti

che stimolano la virilità, propone un catalogo che spazia dalle pastiglie per la pressione agli antivirali. Servirebbe la ricetta



medica, ma il sito sorvola. «La confusione normativa contribuisce a complicare le cose – spiegano i ricercatori di *eCrime* –. Alcuni Stati Ue, come l'Italia, vietano la vendita online, altri la consentono solo per i **farmaci** da banco, altri ancora anche per quelli con ricetta. In quest'ultimo caso serve però un consulto medico via web. Per i criminali non è un problema: un finto medico interroga il paziente su Skype, che non è intercettabile, e il gioco è fatto». Presto potrebbe anche andar peggio, visto che nel giro di un anno anche l'Italia dovrà adottare la direttiva 62/2011 dell'Ue, che imporrà la libera vendita online dei **farmaci** da banco. Senza controlli e regole precise, si rischia di aprire del tutto il vaso di Pandora.

Fake Care tenta di impedirlo: attraverso la creazione di siti esca, si studiano i profili di coloro che navigano in Internet per procurarsi sostanze senza bisogno di esibire una ricetta. Uno strumento che serve anche come deterrente. Una battaglia a colpi di software, combattuta nel nome della salute pubblica.

(2-fine. La precedente puntata è stata pubblicata il 27 aprile)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DENUNCIA

«PIÙ ATTENZIONE AI FURTI NEGLI OSPEDALI»

«Gli alti margini di profitto e la vulnerabilità del settore **farmaceutico**, soprattutto online, creano ampi spazi per le infiltrazioni dei gruppi di criminalità organizzata. Già nel 2007 ci eravamo accorti del problema. Ora la situazione è peggiorata con la diffusione delle farmacie su Internet, che hanno "costi di avviamento" bassissimi». L'allarme arriva dal professor Michele Riccardi, ricercatore di Transcrime, che mette in guardia anche su un altro fenomeno emergente: «Per quanto riguarda l'Italia, al di là di un coinvolgimento dei gruppi criminali mafiosi nel traffico di **farmaci** contraffatti verso altri Paesi, uno dei temi che merita la massima attenzione è quello dei furti di medicinali. Avvengono in ospedali, su strada e in magazzino e finiscono con l'alimentare le vendite su Internet. Su questo aspetto ci sono poche statistiche, anche perché si registra una certa tendenza a non dichiarare il furto, soprattutto se compiuto da impiegati, come nel caso dei furti di medicinali negli ospedali o nelle case **farmaceutiche** stesse. Con Transcrime stiamo approfondendo proprio questo aspetto per valutare se esistono correlazioni con i gruppi criminali attivi sul territorio, e per capire come e dove sono recuperati questi **farmaci**: recentemente molti di questi furti si sono verificati in Puglia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I BLITZ

SEQUESTRI A CATENA

I **farmaci** illegali si acquistano su Internet e si ricevono a casa via posta, oppure attraverso corrieri che ogni giorno tentano di passare la dogana. L'ultimo sequestro è avvenuto alcuni giorni fa a Malpensa: un cinese nascondeva nel bagaglio 160 confezioni, per un totale di 800 non meglio identificate compresse. Tentava di importarle in Italia senza autorizzazione. Un anno fa la Guardia di Finanza di Bari fermò un furgone appena sbarcato da una motonave proveniente dalla Grecia. Al volante c'era un georgiano, che nascondeva antibiotici, anti-infiammatori e ansiolitici fabbricati in Est Europa. Il 24 maggio 2012 al Marco Polo di Venezia atterrò una donna cinese che portava con sé medicine destinate al trattamento intensivo di patologie cardiache, renali ed epatiche. Le fiale contenevano sostanze non testate e dunque potenzialmente pericolosissime.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 22 MAGGIO 2013

Responsabilità medica. Il modello francese: dalle assicurazioni al Fondo di compensazione

L'intersindacale ha indicato quello transalpino come esempio da seguire in materia di responsabilità medica. Si tratta di un sistema che, a parte poche eccezioni, è basato sull'indennizzo automatico e che esclude quindi conseguenze penali. E dove la conciliazione assume un ruolo essenziale.

Per i sindacati italiani, il modello in materia di responsabilità professionale è quello francese. Ma quali sono le differenze con il nostro sistema? La più importante riguarda la responsabilità del medico, inserita all'interno del diritto amministrativo e non concepita in senso penale. L'ordinamento transalpino è, infatti, incentrato sulla legge 4/3/2002 che prevede l'indennizzo automatico: l'utente può citare in giudizio la struttura pubblica, ma non i sanitari, e può farlo esclusivamente in conseguenza di un errore. Sono, tuttavia, previste alcune deroghe a questa norma. Casi di responsabilità in assenza di errore riguardano: le infezioni nosocomiali, i danni dall'uso di prodotti farmaceutici, gli incidenti sopravvenuti dopo una ricerca biomedica, Aids da trasfusioni, nonché i malfunzionamenti relativi all'alea terapeutica.

I problemi maggiori per i francesi, più che di carattere giuridico, riguardano quindi la sfera economica e in particolare la difficoltà per i medici di trovare un'assicurazione per responsabilità professionale, che è obbligatoria, a prezzi non esorbitanti. In Francia esiste però un Fondo di compensazione (Oniam), che eroga il risarcimento nel caso in cui un evento indesiderato non accada per un errore, ma a causa di un trattamento precario. Nello specifico, se il paziente riporta un'invalidità di almeno il 24% e il danno non era causato per colpa, il paziente può chiedere risarcimento al Fondo di compensazione. L'Oniam interviene anche per creare le condizioni favorevoli per gli accordi nei casi di lite basata sulla colpa. In Italia una figura analoga è stata introdotta dall'articolo 3 della legge Balduzzi che prevede "l'obbligo di copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per alcune categorie a rischio professionale finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici". La stessa norma cancella, invece, l'obbligo di assicurazione per responsabilità civile per le strutture sanitarie pubbliche e private.

In Francia esiste anche un comitato regionale per la conciliazione e il risarcimento. I reclami considerati ammissibili che prevengono al Comitato sono sottoposti a valutazione medica per determinare la gravità del danno e valutare se il reclamo è basato su colpa o su trattamento precario. Nel caso risulti essere su base colposa, il reclamo è trasferito all'assicurazione che può fare una proposta transittiva. Laddove non si raggiunge l'accordo con l'assicurazione, il reclamo passa al tribunale competente. Esiste, in ogni istituzione sanitaria, un comitato che facilita i rapporti con i pazienti e i familiari per ottenere informazioni o chiarimenti sugli atti medici cui sono stati sottoposti.

"Il merito principale dell'ordinamento francese - sottolinea **Costantino Troise**, segretario nazionale dell'Anaa - è quello di presentare una legge specifica e dettagliata in materia di responsabilità medica". Al contrario, in Italia "per trenta anni c'è stato un vuoto assoluto che solo l'intervento di Balduzzi ha tentato di colmare". In assenza di una precisa regolamentazione, "ogni decisione è sempre stata delegata all'interpretazione della magistratura e alla ricerca della colpa in chiave penale". Si tratta di una "stortura evidente in quanto, come insegna appunto il modello francese, si

può ricorrere all'indennizzo senza cercare di perseguire a ogni costo il professionista. L'Italia dovrebbe quindi rivolgere lo sguardo all'estero per dotarsi di una normativa più moderna e avanzata invece di - conclude - affidarsi sempre all'intervento della magistratura".

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 22 MAGGIO 2013

Malattie cardiovascolari. Un cerotto supersensibile monitora il battito cardiaco

Il dispositivo, creato negli Stati Uniti, potrebbe arrivare a sostituire tutti gli altri strumenti di controllo delle pulsazioni: è più sottile di un foglio di carta, più piccolo di un francobollo e abbastanza sensibile da individuare i problemi di cuore e arterie prima che diventino patologia. E presto potrebbe diventare anche wireless.

Da sempre le pulsazioni del cuore umano sono usate dai medici come strumento per monitorare lo stato di salute dei propri pazienti. Ma presto, il battito cardiaco potrebbe essere monitorato con strumenti molto più tecnologici di un dito sul polso o di uno stetoscopio, e molto più piccolo di un macchinario per l'elettrocardiogramma: una docente dell'Università di Stanford ha infatti ideato un monitor cardiaco più sottile di un foglio di carta e non più grande di un francobollo. Il minischermo flessibile, simile a una "doppia pelle", può essere attaccato con un cerotto sul polso e potrebbe aiutare a riconoscere la presenza di irrigidimento nelle arterie o altri problemi cardiovascolari, anche in quei pazienti più problematici come i neonati o i pazienti chirurgici ad alto rischio. Il dispositivo è stato presentato sulle pagine di [Nature Communications](#).

Quando il sensore viene posato sul polso, può misurare come le pulsazioni cardiache si propagano attraverso l'organismo. "Il battito cardiaco è direttamente collegato alle condizioni delle arterie e del cuore, tanto che con un sensore abbastanza sensibile è possibile cogliere i primi segni di una patologia ancora prima che questa si sviluppi", ha spiegato **Zhenan Bao**, creatrice del dispositivo. E questo è proprio quello che può fare l'oggetto sviluppato negli Stati Uniti, se correttamente calibrato. Un sistema non invasivo, che potrebbe sostituire i cateteri intravascolari che ad oggi sono usati nella pratica clinica: strumenti che vanno inseriti direttamente nelle arterie, che hanno alte probabilità di far sviluppare infezioni, e che dunque non sono adatti ai pazienti appena nati o a quelli ad alto rischio. Uno strumento che potrebbe dunque rivoluzionare la pratica clinica, soprattutto se gli scienziati riusciranno a renderlo wireless, come stanno tentando di fare. Ad oggi il sensore ha bisogno di fili elettrici per funzionare, ma presto potrebbe non essere più così, e in quel caso i dati del monitoraggio potrebbero addirittura essere consultati dai medici tramite apposite applicazioni per cellulare, o computer. "In questo modo – ha concluso Bao – i pazienti non avrebbero neanche il problema delle visite, perché le analisi potrebbero essere fatte in tempo reale semplicemente indossando un cerotto".

Il video di Stanford (in inglese):

Racca: ma quali internet-farmacie... Sono siti messi in piedi da delinquenti

DA MILANO

«**L**a gente deve sapere che comprare in Internet è un rischio enorme». Annarosa Racca, presidente di Federfarma, mette in guardia gli italiani. Meglio non fidarsi delle vendite online e acquistare le medicine dai canali tradizionali. «Nel nostro Paese c'è in media una farmacia a meno di dieci minuti da casa, si fa prima. E basta anche con il mito che in Rete le medicine costano meno. In Italia i prezzi sono molto bassi, in 5 anni sono calati del 25%».

Chi compra in Rete, però, non lo fa solo per risparmiare.

Chi ordina farmaci su Internet lo fa soprattutto per superare il filtro del medico e quello del farmacista. Ma non chiamiamole farmacie online: si tratta di siti messi in piedi da veri e propri delinquenti. Qui c'è in ballo la salute della gente.

Servirebbe un po' più di buon senso.

Per fortuna in Italia ci pensano le donne. Sono loro, spesso, ad occuparsi della salute dell'intera famiglia. Vanno in farmacia per figli e mariti, consigliano il rimedio giusto per ogni malanno, interpellano il medico quando serve. È un ruolo importante, che disincentiva dal



Annarosa Racca

La presidente di Federfarma: «Chi ordina dal computer lo fa soprattutto per superare il filtro del medico non perché i costi siano differenti. Per fortuna le donne sono più responsabili. I nostri punti vendita sono super controllati»

consente di spostare partite di farmaci da uno Stato all'altro, a seconda della domanda.

Da noi si tratta soprattutto di esportazioni, visto che in Italia i farmaci costano meno. È vero che le medicine vengono poi reimpaccate, ma anche in questo caso ci vuole un'autorizzazione. Semmai ci vorrebbero regole più stringenti: non dovrebbe esser consentito spostare farmaci contingentati, di cui potrebbe esserci bisogno. Non si può rischiare di lasciare i pazienti senza cure solo per inseguire un maggior profitto.

Marco Birolini

© RIPRODUZIONE RISERVATA

rivolgersi ad altri. **Chi entra in farmacia può sentirsi tranquillo?** L'intera filiera è assolutamente impermeabile. Una volta al mese dobbiamo fornire tutti i dati al Servizio sanitario nazionale, siamo costantemente super controllati. Persino i farmaci scaduti sono tracciabili: la vita di una confezione è monitorata dal momento in cui esce dalla fabbrica fino a quando viene eventualmente smaltita. Nessun rischio che finisca in mani sbagliate. **Un rapporto dell'Unicri solleva dubbi sul mercato parallelo, che**



Salute
Arrivano i tessuti intelligenti ecco la maglia che cura

Massi a pag. 19

Sensori ed elettrodi inseriti nel cotone permettono di monitorare lo stato psichico del paziente e di aiutarlo nella riabilitazione dopo l'ictus o nella riduzione dei tremori del Parkinson. Il progetto sui tessuti intelligenti sperimentato dall'università di Pisa e da altri 10 centri europei

La maglia della salute

LA NOVITÀ

La maglietta va indossata un paio d'ore prima di andare a letto. Quindi, acceso lo smartphone si registra la propria voce, si compila un test psicologico e poi, su un foglio, si descrive lo stato emotivo. Molto euforico, molto depresso o un buon equilibrio umorale. La mattina dopo, appena suona la sveglia, il controllo. I dati che sono stati registrati dallo smartphone vengono spediti a un database che li analizza uno ad uno. Attraverso la voce, l'analisi del sonno e tutti gli altri parametri comportamentali i medici riescono ad avere, a distanza, un'idea chiara dello stato emotivo del paziente. Tutto in una banale t-shirt. Integrata con sensori ed elettrodi in grado di registrare qual è la condizione psichica di un paziente. In questo caso di un bipolare. Che oscilla da momenti di grande entusiasmo, attivismo e intraprendenza a momenti di buio pesto.

ICTUS E PARKINSON

Apparentemente semplice questa maglietta della salute: è comoda, confortevole, costituita da una stoffa con elettrodi e sensori integrati proprio nel substrato del cotone. È l'ultimo nato tra i tessuti intelligenti, quelli che monitorano i dati del paziente e aiu-

tano nella riabilitazione dopo l'ictus, che inviano impulsi elettrici per limitare il tremore del Parkinson, che registrano il battito del cuore e lo inviano in tempo reale a un centro medico.

La t-shirt è stata e viene ancora sperimentata in tre istituti: a Pisa, Strasburgo e Ginevra. Un lavoro lungo oltre tre anni che ha portato allo sviluppo di una piattaforma, Psyche (Personalized monitoring system for care in mental health). Un progetto coordinato dal Centro di ricerca E.Piaggio dell'università di Pisa. Dieci centri europei stanno lavorando con l'Italia. «L'obiettivo è stato quello di sviluppare una piattaforma basata su substrati tessili e dispositivi per il monitoraggio dei pazienti - spiega Enzo Pasquale Scilingo bioingegnere e coordinatore del progetto - Così offriamo uno strumento di supporto al medico per la diagnosi ma anche per la risposta alla terapia».

Sono arrivati in Italia da poco i primi transistor miniaturizzati al punto da essere inseriti in un filo di cotone. «Il filo è diventato un dispositivo elettronico a tutti gli effetti - fanno sapere i ricercatori delle università di Bologna e Cagliari con l'Istituto di Nanoscienze del Cnr e il Centro S3 di Modena che hanno pubblicato il

loro studio su "Organic electronics" -. Siamo riusciti ad aggirare l'ingombro dei dispositivi incorporati. Nei fili di cotone abbiamo inserito delle nanoparticelle di metallo come oro e argento. Con questi ritagli di stoffa intelligente una tasca può diventare un lettore per ascoltare musica, un patch sulla spalla un biosensore per misurare la temperatura mentre collocato sul polso può misurare il battito cardiaco».

PIÙ GIOVANI

Tessuti ed elettronica per monitorare temperatura del corpo, attività cardiaca o tremore ma anche tessuti con ossido di rame che, assicurano i produttori, sono in grado di ridurre le rughe e le macchie dell'età. Parliamo di leggings, canottiere e vestiti che, indossati, regalerebbero un altro look all'epidermide. La notizia è apparsa sul sito della Società americana di chirurgia estetica e plastica che, comunque, non nasconde un filo di scetticismo. Gli effetti dei tessuti al rame furono, di fatto, sperimentati nell'agosto del 2010 in Cile: delle calze speciali furono consegnate ai 33 minatori rimasti intrappolati sotto terra per 69 giorni a 700 metri di profondità. Queste riuscirono a proteggere gli operai sia dall'umidità che dalle infezioni.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scoperta

Depressione post partum, identificati due geni

La depressione post-partum potrebbe essere diagnosticata per tempo, mesi prima della nascita del bambino con un semplice prelievo di sangue in gravidanza. Ricercatori Usa hanno scoperto due geni alterati indicatori del rischio della depressione o di

gravi disturbi dell'umore. Questo prelievo predice «con una certezza dell'85% se la neomamma soffrirà di depressione». Pubblicata sulla rivista Molecular Psychiatry, la scoperta potrebbe portare alla messa a punto di un esame che si andrebbe ad aggiungere alla

schiera di test cui si devono sottoporre oggi le donne in gravidanza ma che permetterebbe interventi tempestivi contro la depressione dopo il parto. La ricerca è stata condotta da Zachary Kaminsky della John Hopkins university school of medicine a Baltimora.

**TRANSISTOR
MINIATURIZZATI
VENGONO INSERITI
NEL FILO DI COTONE
PER MISURARE BATTITO
E TEMPERATURA**

Se la pressione è alta la meditazione aiuta

“Oltre i farmaci, luce verde alle terapie alternative”

Robert Brook
Cardiologo

RUOLO: È PROFESSORE DI MEDICINA ALL'UNIVERSITÀ DEL MICHIGAN (USA)
IL SITO DELL'AMERICAN HEART ASSOCIATION:
WWW.HEART.ORG/HEARTORG/

www.ecostampa.it

CARDIOLOGIA

STEFANO MASSARELLI

Contro l'ipertensione serve il gioco di squadra e un team vincente non è composto da soli farmaci, ma da una serie di strategie alternative che aiutano a ridurre la pressione del sangue senza effetti collaterali. A rivelarlo è l'American Heart Association che, per la prima volta, ha fatto luce sull'efficacia delle terapie complementari contro l'ipertensione, mostrando l'utilità delle pratiche di meditazione, degli esercizi di respirazione o di una pallina antistress.

«Tradizionalmente si parla di diminuzione di peso, restrizione di sale ed esercizio. Abbiamo deciso che era

giunto il momento di rivedere le ricerche relative alle strategie alternative per ridurre la pressione del sangue», ha spiegato Robert Brook, professore di medicina all'Università del Michigan, primo autore della review da poco pubblicata sulla rivista «Hypertension».

Brooke ha passato al setaccio 1000 studi clinici tra il 2006 e il 2011 relativi a terapie comportamentali, pratiche non invasive ed esercizi fisici, giungendo a due conclusioni: 1) gli approcci alternativi non recano danni alla salute dei soggetti ipertesi; 2) questi non devono mai sostituire le terapie consigliate dal medico ma, eventualmente, affiancarsi. Ma non tutte le tecniche analizzate sono efficaci allo stesso modo. È emerso che l'esercizio di tipo aerobico, in particolare la camminata a passo veloce, rappresenta la tecnica più efficace nel contrastare l'ipertensione e, generalmente, si tratta di una pratica raccomandata

dai professionisti. «Consigliamo sempre un'attività fisica regolare contro la pressione alta, in particolar modo la camminata o la bici, senza che questa comporti uno sforzo importante», spiega Alessandro Capucci, docente di malattie dell'apparato cardiovascolare all'Università Politecnica delle Marche. Assieme alla camminata, tra gli esercizi più efficaci e curiosi per normalizzare il flusso sanguigno, c'è la pallina antistress. Si è osservato che un training di rafforzamento dei muscoli della mano con questa pallina effettuato per quattro volte alla settimana è utile a ridurre del 10% la pressione sistolica e diastolica, con risultati sovrapponibili a quelli di un medicinale.

Anche le tecniche di meditazione possono essere d'aiuto, specialmente la meditazione trascendentale (consiste nella ripetizione di un mantra, il biofeedback, che insegna a modificare l'attività fisiologica del corpo), oppure le tecniche di

respirazione sincronizzata. «La respirazione ha un effetto sul sistema nervoso, in quanto abbassa il tono simpatico, che è quello che contribuisce all'innalzamento della pressione», sottolinea Antonio Rebuzzi, docente di cardiologia all'Università del Sacro Cuore. Per questo risultano utili anche i dispositivi elettronici per il controllo della respirazione, mentre ci sono scarse evidenze a favore dello yoga e dell'agopuntura.

Secondo l'autore dello studio, buona parte degli approcci alternativi all'ipertensione contribuisce a ridurre la pres-

sione sistolica da un minimo di 2 mm Hg a un massimo di 10 mm Hg, mentre i comuni medicinali per l'ipertensione la riducono di circa 10-15 mm Hg. Da ciò risulta evidente che le tecniche alternative possono essere un ottimo coadiuvante alla terapia del medico, ma mai un sostituto. E allora qual è l'ideale? Combinare i farmaci, il corretto stile di vita e le tecniche complementari.



Sotto i 2,3 grammi di sale al giorno si sbaglia

Moderare il consumo di sale fa bene, ma non si deve mai esagerare. Lo sostiene un «report» della commissione del «Center for diseases control» di Atlanta (Usa), secondo cui il limite di 1,5 grammi al giorno indicato da alcuni esperti non ha giustificazioni scientifiche né per la popolazione generale né per quella a rischio. «Se si scende sotto i 2,3 grammi - spiega Brian Strom dell'Università della Pennsylvania - non solo non ci sono dati che quantifichino i benefici, ma ci sono ricerche che suggeriscono potenziali rischi». Quello di 2,3 grammi - aggiunge - è «un buon compromesso», che permette di godere dei benefici del consumo basso senza ricadere nei rischi.

Il test: così lo smog altera il colesterolo «buono»

Respirare le emissioni dei veicoli a motore innesca cambiamenti nel colesterolo Hdl (quello cosiddetto «buono»), alterandone le proprietà cardiovascolari protettive che contribuiscono a scongiurare le ostruzioni delle arterie. Lo studio della University of California di Los Angeles rivela che, dopo appena due settimane di esposizione alle emissioni dei veicoli, i topi mostravano danni ossidativi nel sangue e nel fegato, danni che non venivano invertiti dalla successiva esposizione per una settimana all'aria filtrata. «Questo processo - ha spiegato David Geffen - potrebbe essere uno dei meccanismi con i quali l'inquinamento induce coaguli che causano infarti e ictus».



IL CASO

**Epatite C
i pazienti
esasperati
alzano la voce**

ROMA - I medici stretti dalle Asl per contenere i costi, le aziende **farmaceutiche** in attesa del via libera delle singole regioni, dopo le lunghe attese per l'approvazione delle molecole rispetto al resto d'Europa. La Sanità pubblica nel suo complesso che deve far i conti con la crisi. Per i malati italiani non è un bel momento. A fare luce sulla questione, in particolare per chi è colpito da Epatite C, è Ivan Gardini, presidente di EpaC Onlus, in occasione del Congresso europeo-EASL ad Amsterdam: «Le Regioni hanno in mano le sorti dei pazienti. Alcune hanno chiuso i Centri, che possono dare le terapie innovative, e si creano lunghe liste di attesa, mentre altre negano i rimborsi per chi emigra. Ci sono poi quelle che non danno alcuna autorizzazione alla prescrizione, nonostante i **farmaci** siano approvati e permettano ai pazienti meno gravi di aver maggiori benefici fino alla guarigione. Per non incidere ora sui costi c'è chi consiglia di attendere i **farmaci** senza interferire. Ma arriveranno tra 4 anni e costeranno ancora di più».

(A.Cap.)



CONVEGNO

Combattere la tiroidea

Nel corso della vita una donna ha il 20% di possibilità di sviluppare una patologia tiroidea. La più frequente è l'ipotiroidismo che si verifica quando la ghiandola funziona in modo anomalo. Si tratta di un disturbo che colpisce fino a otto volte di più le femmine rispetto ai maschi. È uno dei temi dibattuti a Stresa in occasione del convegno promosso dalla Fondazione IBSA per la Ricerca Scientifica. Le malattie della tiroide, di cui si celebra la settimana di sensibilizzazione, colpiscono oltre 6 milioni di italiani.



Il 22 maggio del 1978 il Parlamento approvava la legge 194 dopo un accesissimo dibattito

Aborto, 35 anni di battaglie

Ivg dimezzate ma gli obiettori dilagano: servizio a rischio in tutta Italia

PARLA PAOLA LOPIZZO DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI ADDOLORATA DI ROMA

«Io, ginecologa in trincea, lasciata sola anche a decidere»

È un percorso a ostacoli sempre più alti, in cui l'asticella dell'obiezione di coscienza è salita a livelli esponenziali. La legge sull'interruzione di gravidanza che il 22 maggio spegne le sue 35 candeline, festeggiando il risultato di aborti dimezzati dal 1982 a oggi, non è mai stata a rischio come negli ultimi anni. E non lo dicono solo i movimenti femministi ma i dati della relazione 2012 del ministero della Salute (l'ultima disponibile) sullo stato di attuazione della legge 194/1978.

Il personale che rifiuta di eseguire le interruzioni è ormai la stragrande maggioranza, e di fatto rende spesso inapplicabile la legge. «Nel 2010 - recita il dossier della Salute - si vince una stabilizzazione generale dell'obiezione di coscienza tra i ginecologi e gli anestesisti, dopo un notevole aumento negli ultimi anni. A livello nazionale, per i ginecologi si è passati dal 58,7% del 2005, al 69,2% del 2006, al 70,5% del 2007, al 71,5% del 2008, al 70,7% nel 2009 e al 69,3 nel 2010». Ma bisogna fare i conti con la statistica e la storiella del pollo: una media di 7 medici su 10 che non eseguono interruzioni di gravidanza si traduce in una copertura pari a zero in molti ospedali italiani. E infatti «percentuali superiori all'80% tra i ginecologi si osservano principalmente al Sud: 85,7% in Molise, 85,2% in Basilicata, 83,9% in Campania, 81,3% a Bolzano e 80,6% in Sicilia». Sembrano che le rilevazioni siano aderenti alla realtà. «I dati reali sono ben

«Sa qual è la cosa più pesante? Essere sempre sola, anche nella selezione e nella valutazione delle richieste di aborto nel secondo trimestre di gravidanza, quando ci sono malformazioni del feto. In Francia c'è un'équipe, io sono costretta a muovermi da sola. E sento la responsabilità delle scelte». **Paola Lopizzo**, 54 anni, più di venti spesi anche, da ginecologa «che fa il suo dovere», a effettuare le interruzioni volontarie di gravidanza. Lopizzo è la responsabile del servizio Ivg all'ospedale San Giovanni Addolorata di Roma, affiancata da un altro medico strutturato e da tre dottoresse con il contratto "a ore" di specialiste ambulatoriali, che però si occupano solo degli aborti nel primo trimestre, effettuati in day surgery. Dei 23 ginecologi dipendenti, soltanto due - Lopizzo e il collega - non sono obiettori di coscienza.

Era così anche vent'anni fa?

No. Rispetto al 1993, quando sono entrata al San Giovanni, gli obiettori sono aumentati. Il problema è che non vedo più attenzione nei giovani specializzandi: quello delle interruzioni di gravidanza è un tema non trattato né nel corso di

laurea in Medicina né nelle scuole di specializzazione.

Quanto tempo dedica alle Ivg?

Molto, ma non è questo che mi pesa. Come donna sono convinta che un ospedale pubblico debba garantire il servizio. E come ginecologa non posso tirarmi indietro davanti ai miei doveri. Per me è più pesante essere sola nella selezione e nella valutazione delle richieste di aborto nel secondo trimestre. Quando le malformazioni del feto sono gravissime è più semplice accoglierle, quando non lo sono è molto complicato. A volte sono stata aggressiva, a volte ho rifiutato, a volte ho accettato, ma l'lvig mi è pesata molto. Mi piacerebbe essere affiancata da un'équipe, come in Francia.

Si dice: il ginecologo deve aiutare a far nascere, non il contrario.

È chiaro che le interruzioni di gravidanza sono una parte distruttiva del mio lavoro. Ma aiutare le donne è gratificante. Anche perché molte, dopo una diagnosi prenatale sconcertante, sono abbandonate a se stesse, anche dai ginecologi "di fiducia". Questo è un Paese che spinge le donne a fare la

diagnosi prenatale, nel pubblico e nel privato anche religioso, ma che poi sbarrano loro la strada quando i risultati sono problematici e si tratta di scegliere.

Che cosa succede in questi casi? Come si comportano i suoi colleghi obiettori?

Alcuni, come dicono le mie pazienti, "chiudono loro la porta in faccia". Altri alzano il telefono e chiamano noi, la minoranza che non obietta.

Sente lo stigma nei suoi confronti?

No. Però per la prima volta quest'anno ho toccato con mano la discriminazione: da oltre dieci anni insegnavo diagnosi prenatale alle allieve della scuola ostetriche del Gemelli, di cui il mio ospedale ospita una sede distaccata. Il nuovo direttore della scuola, pur riconoscendo le mie capacità e il gradimento delle studentesse, mi ha sollevato dall'incarico perché non sono obiettoressa. Ho sofferto molto.

M.Per.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

peggiori», non si stanca di ripetere **Silvana Agatone**, ginecologa al Pertini di Roma e presidente della Laiga, l'associazione di medici non obiettori che vigila sull'applicazione della 194. «Nel Lazio siamo riusciti a ricostruire che l'obiezione dei ginecologi arriva al 91,3% e non è l'80,2% come indicato sulle carte ufficiali». Secondo la Laiga nella Regione soltanto in dieci strutture su 31 è possibile interrompere la gravidanza, e il numero scende a quattro quando la richiesta è per un aborto nel secon-

do trimestre. «Le Università non formano nuovi ginecologi all'interruzione della gravidanza, e noi stiamo andando in pensione. Credo che entro tre o quattro anni l'aborto, specie terapeutico, non sarà più possibile in Italia», ha detto la ginecologa.

Anche tra i non medici l'obiezione è cresciuta: dal 38,6% del 2005 si è passati al 44,7% del 2010. Valori più bassi rispetto ai medici ma anche più variabili, con un massimo di 86,0% in Sicilia e 79,4% in Calabria.

Dietro i numeri, poi, i comportamenti, le storie, spesso consumate sulla salute e la vita delle donne. È il caso di quella ginecologa dell'ospedale di Pordenone che si è rifiutata di prestare assistenza a una donna a rischio di emorragia nelle ore successive all'intervento. A Napoli, l'anno scorso, la morte dell'unico ginecologo non obiettoressa del Policlinico Federico II ha causato la sospensione del servizio: dietro le proteste dell'Udi, l'Unione donna italiana, il commissario per la Sanità in Campania ha

consentito una deroga al blocco del turn-over previsto dal Piano di rientro per bandire un posto per un ginecologo non obiettoressa. A Bari, a marzo, tutti i ginecologi e le ostetriche del San Paolo, l'ultimo ospedale della Asl che garantiva il servizio, hanno deciso un'obiezione di massa. Per ragioni morali, hanno detto. Ma l'inadeguatezza e i disagi organizzativi non erano un segreto per nessuno.

Laiga, Aied, Associazione Luca Cassiani e le associazioni della donna parlano di «sabotaggio» di una

legge dello Stato. Si è avverato ciò che temevano i movimenti femminili e le donne all'interno dei partiti all'indomani dell'approvazione della legge in Parlamento. E non sono bastati 35 anni a far introiettare e stabilizzare la 194, allora rivoluzionaria ma oggi ben digerita negli altri Paesi europei. Anzi: per i non obiettori, ridotti a "riserve indiane", la situazione è peggiorata. Non solo non possono tirare mai il fiato ma sono costretti a una superspecializzazione spesso non curata, non valutata, non perseguita.